

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
Facultad de Ciencias Médicas**

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
GENERAL Y CIRUGIA**



TEMA:

Criterios de indicación de cesáreas y su correlación con la morbilidad materno-neonatal en pacientes atendidas en Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa 2015.

Autor:

Br. Juan Marcelo Herrera Jenkins.

Tutor:

Dr. Nelson Delgado Gutiérrez.

Especialista en Gineco-Obstetricia

Matagalpa Febrero 2017

Índice

Agradecimientos-----	01
Dedicatoria-----	02
Carta De Tutor-----	03
Introducción-----	04
Antecedentes -----	05
Justificación -----	06
Planteamiento del Problema-----	07
Objetivos-----	08
Marco Teórico -----	9
Diseño Metodológico-----	24
Operacionalización de Variables-----	25
Resultados-----	33
Análisis -----	35
Conclusiones -----	37
Recomendaciones -----	38
Bibliografía -----	43
Anexos-----	44
Anexo 1 Ficha de recolección de datos	
Anexo 2 Tablas de Frecuencia	
Anexo 3 Gráficos	

AGRADECIMIENTOS:

La mayor riqueza del hombre está en reconocer sus limitaciones y agradecer a quienes se encuentran dispuestos a apoyar y ayudarnos para llegar a nuestras metas, por tal razón agradezco a:

Dios, quien en todo momento me llena de su presencia, me ha regalado la vida y guía el camino a seguir.

A mi madre que es mi fuerza y que ha puesto cada día lo mejor de sí para que sea un hombre de bien y culmine mi carrera universitaria para concretar de esta forma uno de mis más grandes sueños.

Mi tutor: Dr. Nelson Delgado (Gineco –Obstetra) quien aun en medio de sus obligaciones personales y laborales me ha apoyado para q esta investigación sea de gran provecho.

Mi asesor científico: Dra. Marcia Cordero, quien ha mostrado su mayor disposición para q avancemos en conocimiento y sobre todo q nos anima para estar inmersos en el mundo de la investigación con un espíritu comprometido.

A todos mil gracias.

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a:

Dios fuente de toda sabiduría, quien ilumina nuestras mentes y nos reviste de sus bendiciones y me ha puesto esta bella vocación en mis manos.

Mi madre quien con su esfuerzo y dedicación apoya mis sueños, para q hoy sea una realidad.

Los docentes que a lo largo de mi carrera con su amor a la enseñanza han orientado y abierto en mí las puertas del conocimiento.

OPINIÓN DEL TUTOR

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana de la posible pérdida del bienestar materno fetal, contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo.

Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando no está bien indicada.

El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud.

Por tal razón este trabajo es de mucha transcendencia al analizar si las Cesáreas en nuestro Centro son indicadas de forma correcta y oportuna para cumplir con su objetivo que es salvaguardar la Vida de la Madre y el Feto, con las tasas de complicaciones más bajas posibles.

Dr. Nelson Delgado Gutiérrez (Ginecólogo y Obstetra)

INTRODUCCION

Cesárea es una Intervención quirúrgica que tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. Debe ser indicada únicamente cuando las condiciones de la madre o del feto la justifican y que podrían poner en mayor peligro a la madre si el parto se realiza por vía vaginal, de tal manera que todas estas causas al sumarse, crean una verdadera indicación de consenso.

Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas, que la cesárea se ha hecho menos riesgosa para la madre, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y menores traumas obstétricos. Durante este procedimiento pueden ocurrir complicaciones inmediatas, mediatas y tardías.

Entre las complicaciones de las cesáreas está la mortalidad materna que es de 2 a 4 veces mayor a la del parto vaginal, una morbilidad de 5 a 10 veces más alta, además de un coste económico superior. El parto vaginal conlleva múltiples beneficios para el feto, tanto a nivel pulmonar (favoreciendo la respiración extrauterina) como a nivel sistémico por el aumento en el flujo de determinados órganos vitales.

En varios países de América Latina, la proporción de partos por cesáreas se aproxima al 40% a nivel nacional. En los Estados Unidos, la tasa de cesáreas en el año 2006 fue de 31% y las estimaciones de varios países europeos también están por encima del 30%. Este aumento constante ha impulsado el debate sobre las tasas aceptables de Cesáreas y el análisis riesgo beneficio en asegurar un óptimo resultado materno y perinatal en diferentes poblaciones con diferente acceso a la salud y los recursos.

Este es un problema de Salud Pública ya que sus elevadas tasas de realización de cesáreas sobrepasan los estándares aceptados por la OMS. Sin embargo, en la actualidad en nuestro País la salud materna e infantil es una prioridad Nacional

y siempre se analizan indicadores básicos lo cual va a la par del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ANTECEDENTES

En 1995 la Organización Mundial de la Salud propuso que del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser entre el 5 y 15 %, sugiriendo que un porcentaje mayor al propuesto no representa beneficios adicionales.

Brasil es uno de los países de América latina que tiene el mayor porcentaje de cesáreas con el 77 % en el sector privado, seguido de Chile que alcanza un 40 %; México en el 2009 alcanzó un 41 % de los nacimientos por cesárea.

En Nicaragua solamente se localizaron tres estudios: uno referente a la experiencia con un protocolo de trabajo de parto activo y la reducción de la tasa de cesárea en Nicaragua realizado en el Hospital Pedro Altamirano de la Ciudad de Estelí, donde los datos prospectivos que se presentan son el resultado del trabajo de parto en 67 mujeres con embarazo sin complicaciones, que asistió a un hospital de Nicaragua de la zona rural y se dio seguimiento activamente en el trabajo de parto.

El resultado es una tasa de cesárea baja y reducir la mortalidad materna y la morbilidad, sin comprometer los resultados perinatales y concluyen que el manejo activo del parto reduce el uso las operaciones cesáreas. El otro es un estudio Multicéntrico de la OMS donde participa Nicaragua, el estudio es meramente de datos estadísticos o situación Nacional en cuanto a datos de realización de cesáreas.

Y es un tercer Estudio encontrado relacionado con factores biosociales maternos y relativos con la organización de servicios de salud, asociados a la realización de cesáreas en hospitales públicos e instituto de seguridad social de Nicaragua obteniéndose Una conclusión importante a partir de resultados obtenidos es que la decisión en cuanto al tipo de parto en Nicaragua estuvo relacionada a factores médicos más que los biosociales maternos, tanto en las instituciones públicas como en las del seguro social de Nicaragua, apuntando para una mayor permeabilidad en el sistema público ya que allí es donde más acuden las mujeres, pero aún no existe un estudio de que permita identificar las complicaciones , las

indicaciones y cumplimiento de cesáreas en el hospital escuela cesar amador molina siendo un hospital amigo dela madre ,la niñez estos datos serian de mucha importancia para actuar en pro de la salud el bienestar y calidad de vida de las madres matagalpinas.

JUSTIFICACIÓN

La cesárea ha sido un avance importante de la medicina perinatal contemporánea, ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal, sabemos que ha disminuido la alta tasa de asfixia neonatal, la cual se encontraba dentro de las primeras causas de muerte en el recién nacido.

Sin embargo, Las tasas de cesárea han aumentado significativamente en todo el mundo durante las últimas décadas, pero en particular en países de ingresos medios y altos. En varios países de América Latina, la proporción de partos por cesáreas se aproxima al 40% a nivel nacional. En los Estados Unidos, la tasa de cesáreas en el año 2006 fue de 31% y las estimaciones de varios países europeos también están por encima del 30%. Este aumento constante ha impulsado el debate sobre las tasas aceptables de Cesáreas y el análisis riesgo beneficio en asegurar un óptimo resultado materno y perinatal en diferentes poblaciones con diferente acceso a la salud y los recursos. Las consecuencias médicas de una creciente tasa de cesáreas siguen siendo inciertas y las implicaciones en el desarrollo de los países pueden ser más importantes por el impacto que podría tener sobre los recursos limitados. (Betrán 2009).

En la época reciente este aumento considerable de la práctica innecesaria de la operación cesárea, conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando no está bien indicada.

Razón que nos ha movido y por lo cual hemos decidido estudiar el uso adecuado de este procedimiento quirúrgico (cesárea) y sus principales complicaciones, en el HECAM, Matagalpa- Nicaragua, en el año 2013.

Por lo que se valorará la indicación de las cesáreas y la correlación de morbilidad materna neonatal en el Hospital Escuela César Amador Molina en el período antes señalado, por tanto el presente estudio nos brindará la situación real y actual del

tema a investigación, trayendo consigo un análisis sobre los riesgos- beneficios de esta práctica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente ha incrementado la realización del acto quirúrgico (cesárea), ha disminuido la asfixia neonatal, pero han aumentado otras complicaciones. Según el Dr. José Belizan, de la OMS, cerca de 850 mil cesáreas innecesarias son realizadas cada año en América Latina. Esto presenta un riesgo innecesario para las mujeres jóvenes y sus bebés, ya que normalmente este procedimiento se realizaba sólo cuando un parto natural presentaba riesgos mayores para la madre y su bebé. En Nicaragua el 56% de los partos se practicaron por cesárea en 2012, lo que triplica lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, e incrementa los riesgos de morbilidad y de mortalidad neonatal, de acuerdo con expertos. La tasa de mortalidad materna para el año 2009 fue de 65 y para el 2010 fue de 63 por cada 100,000 nacidos vivos y mortalidad infantil para el 2009 fue de 30 y para el 2010 de 29 por cada 100,000 nacidos vivos. Ministerio de Salud (2009).

Una cesárea innecesaria significa someter una mujer a una cirugía mayor y lo que esto conlleva, como la anestesia y otra medicación, sin necesidad. También, la ponen en riesgo de sufrir laceraciones en el útero, al propio bebé y le disminuyen la posibilidad de parir naturalmente en una segunda ocasión.

Entonces: ¿Cuáles son los criterios que existen y que se cumplen para realización de cesárea en el HECAM- Matagalpa?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar criterios de indicación de cesáreas y su correlación con la morbilidad materno- neonatal en pacientes atendidas en Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los criterios que fundamenten la indicación de cesáreas.
2. Correlacionar las morbilidades materno- neonatales en pacientes en estudio.

MARCO TEORICO

DEFINICION

Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía), que tiene por objetivo extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía transabdominal, ésta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal. (MINSA 2013)

Clasificación:

Cesárea electiva:

Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada. (MINSA 2013)

Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal. (MINSA 2013)

Indicaciones para efectuar una cesárea electiva:

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua.
- Macrosomía fetal: mayor o igual a 4000 g.
- Placenta previa (parcial, marginal y total).
- Infecciones maternas:
- Condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando.
- Las mujeres con herpes genital primario simple virus (HSV) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea planeado. (MINSA 2013)

Cesárea iterativa:

≥ 2 cesáreas anteriores tiene riesgo de ruptura uterina del 1.4%- Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía). (MINSA 2013)

Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente). (MINSA 2013)

Compromiso fetal que contraindique la inducción del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del monitoreo fetal, arritmias fetales). (MINSA 2013)

Enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular). (MINSA 2013)

En caso de prematuridad, RCIU y gestaciones múltiples: se actuará según los protocolos específicos. (MINSA 2013)

Mujeres con VIH que estén o no recibiendo una terapia anti-retroviral. (MINSA 2013)

Desproporción céfalo-pélvica; Plastias vaginales previas. (MINSA 2013)

Cesárea en curso del parto:

Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas.

Indicaciones para efectuar una cesárea en curso del parto:

- Fracaso de inducto- conducción: cuando a la paciente se le ha administrado 20mu de oxitocina por minuto y no hay avances en las modificaciones cervicales. (MINSA 2013)
- Fracaso de inducción de la maduración cervical: cuando a la mujer se le ha administrado 6 dosis de Misoprostol en 48 horas. no hay avances en las modificaciones cervicales. (MINSA 2013)

- Parto estacionado: se considerará cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 2 horas sin progresión de las condiciones obstétricas dilatación o borramiento. (MINSA 2013)
- Distocia de presentación: frente/bregma, occipitosacra, cara. (MINSA 2013)

Cesárea urgente:

Es aquella que se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal y el intervalo entre la decisión y la realización de la cesárea no debe ser mayor de 30 minutos. (MINSA 2013)

Indicaciones para realizar una cesárea urgente:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal.
- DPPNI.
- Prolapso de cordón.
- Ruptura uterina.
- Embolia de líquido amniótico.
- Placenta previa sangrante. (MINSA 2013)

Diagnóstico:

- Exámenes diagnósticos: Biometría hemática, Tipo y Rh, TC, TP, TPT, TS. (urgencias).
- Pruebas cruzadas.
- Prueba rápida de VIH, Previo consentimiento informado.
- Glucosa.
- Examen General de Orina.
- Coombs indirecto en caso de que la madre sea Rh negativo. (MINSA 2013)

Procedimiento: (MINSA 2013)

Recomendaciones generales:

La indicación de cesárea debe constar claramente en la Historia clínica

Informar a la paciente y o familiar, y realizar consentimiento informado (según normativa del expediente clínico N-004).

Hay que revisar las indicaciones descritas para cada caso respectivo.

Verifique si el feto está vivo y determine la presentación fetal.

Revise los principios de la atención quirúrgica.

Canalice utilizando bránula número 16 o de mayor calibre si es necesario.

Administre Solución Salina Normal o Lactato de Ringer, si la mujer está en shock, evite usar sustitutos del plasma. (MINSA 2013)

Medidas Pre-operatorias:

Preparar 2 unidades de PG 24 horas antes de la intervención quirúrgica. (En cirugía electiva). (SEGO 2014)

La paciente no debe ingerir alimentos sólidos un mínimo de 6 horas antes de la intervención ó 2 horas antes en el caso de líquidos. (MINSA 2013)

No eliminar el vello en área quirúrgica salvo que interfiera con la operación. Categoría I-A. (MINSA 2013)

Si el vello en área quirúrgica tiene que ser eliminado hágalo inmediatamente antes de la operación. Categoría I-A (MINSA 2013)

Recomiende que la paciente se bañe al menos la noche antes de la operación. Categoría I-B. (MINSA 2013)

Lave y limpie completamente el sitio quirúrgico y sus alrededores; eliminar la contaminación grosera antes de la preparación de la piel. Categoría I-B. (MINSA 2013)

Use un antiséptico adecuado (Yodopovidona) para la preparación de la piel. Categoría I-B. (MINSA 2013)

Aplique el antiséptico en círculos concéntricos de la piel, moviéndose hacia la periferia. El área preparada debe ser lo suficientemente amplia por si fuera necesario extender la incisión o crear otras nuevas o sitios de drenaje. Categoría II. (MINSA 2013)

Para reducir el riesgo de las mujeres de neumonitis por aspiración debe usarse antiácidos y medicamentos (tales como antagonistas de los receptores H₂ o inhibidores de la bomba de protones) para reducir el volumen y la acidez gástrica y uso de pro cinéticos para mejorar el vaciamiento gástrico antes de la cesárea. (MINSA 2013)

La paciente deberá permanecer durante la preparación-intervención quirúrgica en decúbito supino, con una inclinación lateral de 15°, para reducir la compresión de la vena cava y de esta manera reducir la hipotensión materna. (MINSA 2013)

Se debe de utilizar Efedrina o Fenilefrina intravenosa, además del volumen de precarga con cristaloideos o coloides para reducir el riesgo de hipotensión que ocurre durante cesárea. (MINSA 2013)

Indicaciones

Hasta hace unos años, la operación se practicaba por estrictas razones médicas en las que el feto no podía pasar a través del canal del parto o el riesgo de un parto vaginal era muy grande para la madre o el feto. Sin embargo, en la actualidad, además de las indicaciones anteriores se suman otras debido al diagnóstico más preciso de ciertas patologías y la cesárea por participación de la pareja en la toma de decisiones. (MINSA 2013)

En un estudio comparando las indicaciones de la cesárea entre 1985 y 1986 con las de 1995 y 1996, se encontró que el aumento de la incidencia de cesáreas fue más que todo debido a las cesáreas electivas, un significativo número de mujeres

prefirió la cesárea a tener que ir a un trabajo de parto en donde podía haber riesgo para el feto y en donde existía la posibilidad de un fracaso de trabajo de parto (Giurgis, 1997).

Las indicaciones de cesárea pueden ser absolutas y relativas:

1. En casos de desprendimiento prematuro de placenta, si los signos vitales maternos están estables, no hay signos de coagulopatía, el sangrado vaginal es moderado y no hay compromiso fetal o el feto está muerto, se prefiere el parto vaginal. (MINSA 2013)
2. En casos de cirugía reconstructiva vaginal previa, la cesárea es una indicación debido a una posible distocia de partes blandas, por la estrechez vaginal producto de la operación y por la posibilidad de que reaparezca la patología por la cual se realizó la operación en primer lugar, en especial cuando fue una reparación de una fístula vesico vaginal. (MINSA 2013)
3. Los miomas cervicales que obstruyen el canal del parto son indicación para cesárea; no así los miomas pediculados o los miomas que se encuentren en la parte inferior del cuerpo uterino, a menos que detengan el progreso del trabajo de parto. En otras lesiones pélvicas como cistocèle, enterocèle, tumores de vejiga, riñón pélvico, etc.; la decisión de cesárea dependerá de la alteración en el trabajo de parto. (MINSA 2013)
4. En pacientes con cáncer invasor de cuello uterino estadio I, se debe manejar con el criterio clásico de cesárea más histerectomía radical (Moreno, 1983).
5. Los fetos en presentación podálica que nacen por vía vaginal, tienen un incremento significativo de la mortalidad perinatal y de la morbilidad traumática con daño cerebral permanente, en comparación con los nacidos por cesárea. Por

otro lado, la posibilidad de versión externa es controversial. Por esto alrededor del 83% de las presentaciones podálicas terminan en cesárea (MINSA 2013).

6. Siempre ha existido controversia en la conducta obstétrica frente a niños de bajo peso (< 2 500 g), y niños de muy bajo peso (< 1 500 g). En los últimos 10 años la tasa de supervivencia en estos niños ha aumentado debido a una mejor atención por parte de los neonatólogos y no al beneficio del nacimiento por cesárea en comparación con la vía vaginal (Barret et 1985; Oslhanet 1984).
7. La incidencia de infección herpética en el embarazo es desconocida, pero la transmisión viral al recién nacido ocurre del 0,1% al 0,4% de los casos. La infección neonatal ocurre en el 0,04% de los neonatos y en el 90% de los casos ocurre por la contaminación del feto cuando existe una ruptura de membranas o por colonización durante el parto. Aproximadamente el 50% de las madres con infección herpética primaria tendrán un niño infectado y el 60% fallecerán en el período neonatal. Debido a esto se recomienda la cesárea para mujeres con infección herpética activa y embarazos a término, así la paciente esté o no en trabajo de parto con o sin ruptura de membrana Sin embargo, la cesárea no siempre previene la infección neonatal y se ha señalado un 12% de infección neonatal en cesáreas con membranas integras. (ACOG, 1988).
8. En 1916, Craigin formuló la famosa frase “una vez cesárea, siempre cesárea”, la cual ha dejado de ser cierta debido a una serie de estudios que demuestran que la posibilidad de desunión del segmento en cesáreas anteriores sometidas a parto vaginal es del 0% al 6,4%, y la de ruptura uterina es de 0,7% (Agüero, 1979; Agüero, 1992; Miller and Paul, 1994; Ocando, 1993). En caso de dos cesáreas anteriores la indicación es controversial porque, a pesar de existir estudios que indican que con un adecuado control obstétrico se puede llevar a cabo un parto vaginal sin aumentar la morbi-mortalidad materno-fetal, se necesita de mayor experiencia para que sea incluida en la práctica obstétrica diaria (Villoria y col, 1993).

Indicaciones de cesárea

Absolutas (CIE 10)

- Antecedentes peri neoplastias y fístulas
- Cardiopatía severa
- Cesárea anterior
- Desprendimiento prematuro de Placenta
- Desproporción céfalo- pélvica
- Distocia por anomalías de la contracción
- Miomas cervicales
- Presentaciones y situaciones anormales.
- Eclampsia

Relativas

- Antecedentes de Perdida fetal recurrente Ca cervical
- Periodo expulsivo prolongado
- Presentación podálica
- Sufrimiento fetal
- Tumores pélvicos
- Voluntad de la paciente y/o pareja
- Intervén. Previas sobre cuerpo o cuello del útero
- Indicación de interrupción Pretérmino
- Primigesta precoz o de edad avanzada. (MINSA 2013)

Complicaciones en pacientes en estudio.

- Mortalidad Materna.
- Morbilidad Perinatal.
- Trauma al extraer el feto del útero.
- Dificultad Respiratoria.

- Problemas anestésicos. (MINSA 2013)

Las complicaciones que se presentan pueden ser maternas y/o fetales.

Complicaciones Maternas:

- Hemorragias.
- Distensión abdominal.
- Infecciones.
- Útero de Couvelaire.
- Atonía uterina.
- Dehiscencia de heridas.
- Embolismo pulmonar.
- Daño a los órganos abdominales. (MINSA 2013)

Complicaciones Fetales:

- Trastornos respiratorios del recién nacido.
- Trauma obstétrico.

Con los avances en la ciencia médica, la cesárea se ha convertido en un procedimiento frecuente y casi rutinario a la hora de resolver problemas obstétricos pero, por tratarse de un acto quirúrgico, no está exento de complicaciones que pueden ser inmediatas o tardías

Inmediatas.

Son las que se presentan durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Las más frecuentes son las que se enumeran a continuación. (SEGO)

1- Prolongación de la incisión hacia los ángulos que puede ocasionar lesión de los grandes vasos uterinos con la formación de hematomas. (MINSA 2013)

2. Las lesiones de vejiga son frecuentes durante la incisión abdominal en pacientes con intervenciones anteriores cuando la vejiga ha quedado suspendida,

adherida al peritoneo parietal. También durante la apertura del útero cuando la vejiga ha quedado suspendida y adherida al segmento uterino. Las lesiones pueden ser desde laceraciones de grado variable hasta la perforación. Cuando existe duda es importante hacer una revisión para delimitar la extensión de la lesión colocando la vejiga entre los dedos; también se puede inyectar una solución de azul de metileno a través de la sonda vesical para identificar el sitio de la perforación. La identificación es fundamental porque pueden pasar desapercibidas lesiones que luego ocasionan fístulas vesico-uterinas, mientras que con una detección precoz y una sutura adecuada el pronóstico es excelente (Jiménez y col, 1979).

3- Las complicaciones anestésicas.

4. Cuando a nivel pélvico hay dilataciones vasculares en la reflexión vesico-uterina o hacia las porciones laterales del útero pueden ocurrir sangrados profusos.

Para evitarlo hay que practicar una hemostasia cuidadosa ligando los grandes vasos y electro coagulando los pequeños con especial cuidado en revisar el lecho antes de realizar la síntesis de la pared abdominal. (MINSA 2013)

5. Complicaciones respiratorias tipo embolismo pulmonar que puede ser de líquido amniótico o de origen vascular. (MINSA 2013)

6. Las lesiones intestinales son poco frecuentes y ocurren cuando la paciente tiene antecedentes de laparotomías anteriores con múltiples adherencias. (MINSA 2013)

7. Usualmente no se produce íleo paralítico en pacientes jóvenes sin antecedentes quirúrgicos, a menos que se haya hecho una manipulación importante del intestino. En caso de suceder, se presenta en el postoperatorio inmediato con distensión abdominal, ausencia o enlentecimiento de ruidos hidroaéreos y

dificultad respiratoria. La atención debe ser inmediata mediante una radiografía simple de abdomen para descartar cuerpos extraños, evaluación y corrección del desbalance hidroelectrolítico, dieta absoluta, observación y el uso de sustancias que favorezcan la motilidad intestinal como la metoclopramida o el cisapride (Iffy, 1986).

8. En el postoperatorio inmediato puede aparecer una distensión vesical por atonía. En estos casos se debe colocar sonda vesical y movilizar precozmente a la paciente. (MINSA 2013)

Tardías.

Son las que se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación. Las más frecuentes se enumeran a continuación.

1. Puede ocurrir un hematoma de pared abdominal cuando ha quedado un vaso sangrante en cualquiera de los tejidos incididos. Se debe localizar de nuevo el vaso sangrante para ligarlo o electrocoagularlo y, a veces, se necesita hacer una nueva síntesis de los planos de la pared abdominal. (MINSA 2013)
2. Dehiscencia de herida y/o eventración que es menos frecuente en las incisiones transversales que en las longitudinales. (MINSA 2013)
3. La infección de la herida operatoria es una complicación poco frecuente que depende mucho de factores generales como: deficiencias nutricionales, bajo nivel socioeconómico, falta de control prenatal, obesidad, anemia y diabetes. Factores preoperatorios como: ruptura prolongada de membranas, número de tactos vaginales, técnica de asepsia y antisepsia y factores intraoperatorios como: tipo de herida, mala técnica quirúrgica, tiempo operatorio prolongado y habilidad del cirujano. La infección es, generalmente, el resultado de la contaminación por gérmenes que proceden de la misma paciente, de la piel del cirujano o de los ayudantes, de una antisepsia inadecuada durante el acto quirúrgico, etc. y suele

estar asociada con un hematoma de la herida (Uzcátegui y col, 1995; Daly and Moniff, 1993).

4. Las fístulas del recto o de la vejiga son también complicaciones poco frecuentes que se manifiestan, generalmente, después del mes de postoperatorio. (MINSA 2013)
5. La endometritis es una patología infecciosa de la cavidad uterina que aparece entre el cuarto y el quinto día del postoperatorio y se caracteriza por presentar loquios fétidos, subinvolución uterina, fiebre y leucocitosis. Se explica porque la combinación de restos celulares y sangre presente en el útero durante el puerperio representa el medio de cultivo ideal para el crecimiento bacteriano. Está asociado a los mismos factores de riesgo que se describieron para la infección de la herida operatoria. Esta patología se suele asociar a la dehiscencia del segmento uterino y el tratamiento consiste en reposo, hidratación, oxitócicos y antibioticoterapia de acuerdo con el cultivo y antibiograma, aunque lo ideal es corregir los factores predisponentes para evitar que esto ocurra. (Gibbs, 1980; Pinto y col, 1990).
6. La infección urinaria suele aparecer a la semana de la operación, producto de sondas mal esterilizadas, contaminación con materias fecales o por un aseo vulvar inadecuado previo a la inserción de la sonda (MINSA 2013).

Embarazo y parto después de una cesárea:

La vía del parto de elección tras una cesárea previa es la vía vaginal, con una tasa de éxito aproximada del 80%, aunque se deberá tener en cuenta las preferencias de la madre, así como informarle de un aumento en el riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0.5%. (CIE 10-82)

Se recomienda un mínimo de 18 meses después de la cesárea antes de una nueva gestación. La vía del parto recomendada tras dos cesáreas previas es una cesárea electiva. (MINSA 2013)

Condiciones para la vía vaginal con cesárea anterior:

La paciente debe aceptar el procedimiento y cooperar.

Cesárea anterior sin complicaciones.

Trabajo de parto franco: dilatación 5 cm o más y, borramiento: 80% o más preferiblemente con membranas integrales.

Una cesárea anterior con periodo intergenésico mayor de 18 meses.

Excelente relación céfalo-pélvica.

No antecedentes de muerte fetal.

Analgesia epidural.

Buena reserva fetal.

No indicación de cesárea.

Cesárea anterior efectuada en hospital reconocido.

Atención de la cesárea por personal calificado y en sala de operaciones.

Incisión anterior tipo Kerr, sin otras cicatrices uterinas.

Antecedentes de partos antes de la cesárea.

Antecedente de un parto después de la cesárea.

Feto céfalico, encajado y preferiblemente oía.

Feto mediano o pequeño menor de 3,500 gr. preferiblemente a término. (MINSA 2013)

Contraindicación para indicar parto vaginal después de una cesárea:

Edad igual o mayor de 40 años.

Que persista la indicación anterior de la cesárea previa.

Que el tipo de histerorrafia sea segmento corporal o corporal.

Período intergenésico igual o menor a 24 meses.

Embarazos gemelar o que el feto pese más de 4,000 gr (macrosomía fetal).

Que haya alguna contraindicación para el parto (indicación de cesárea).

Que no se pueda monitorizar el trabajo de parto.

Falta de un ginecólogo, anestesiólogo y pediatra.

Que se niegue a firmar un consentimiento informado. (MINSA 2013)

Criterios de traslado:

Carencia de recursos humanos, materiales, equipos y medicamentos para dar respuesta a las complicaciones.

Carencia de sangre y sus derivados.

Carencia de unidad de cuidados intensivos. (MINSA 2013)

Criterios de alta:

Signos vitales estables.

Ausencia de fiebre por lo menos durante las 24 horas anteriores.

No signos de infección de herida.

Eliminación de heces, gases y orina de forma espontánea.

Ingesta de dieta general.

Deambulacion por sus propios medios.

BHC en parámetros normales para el puerperio. (MINSA 2013)

Factores que conllevan a la práctica innecesaria del procedimiento quirúrgico.

Se han publicado estudios donde evidencian que la práctica de cesárea electiva en un 55% suele ser innecesaria.

Según CIE 10 protocolo para cesárea la única contraindicación de esta es que sea mal diagnosticada. (CIE 10-82)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal.

Área y periodo de estudio: El estudio se llevó a cabo en el municipio de Matagalpa Hospital Cesar Amador Molina durante el año 2015.

Universo y población de estudio: La población en estudio está constituida por todas las mujeres egresadas con cesáreas y niños productos de esta de HECAM en el periodo estudiado, siendo un número de 1,513 pacientes.

Muestra: Probabilística, aleatoria simple. Serán 266 con un intervalo de confianza del 95%, 5% margen de error, un 30% de nivel estimado de prevalencia de cesárea, calculada en el programa STATS versión 2.0.

Fuente de recolección de información

Primaria a través de entrevista a jefes de servicios de ginecología y especialistas.

Secundaria a través de ficha de revisión y recolección de expediente clínico.

Criterios de inclusión: Todas las mujeres egresadas con cesáreas y niños productos de esta de HECAM en el periodo estudiado.

Criterios de exclusión:

Pacientes egresadas con nacimientos por vía vaginal.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información:

- Identificación de los casos:
- Definición de caso: mujeres a las que se le realizaron cesáreas.
- Procedimiento para identificar los casos:
- Se solicitó permiso para acceder a los expedientes de todos los casos de cesáreas en el año 2015

- Ficha de recolección de la información.
- Se diseñó una ficha de recolección de datos, que constó de datos generales del paciente, criterio de la cesárea, terapia y evolución del paciente.

Procesamiento y análisis de la información:

Una vez que la información se recolectó, se hizo una revisión de la misma para valorar la calidad del llenado, que los datos estén completos. Finalizado este proceso, se procedió a digitar la información en una base de datos previamente diseñada en el programa SPSS Versión 19. Concluida la digitación, se generó tablas de frecuencia utilizando el plan de análisis definido en este protocolo.

Para el análisis de la información se utilizó las tablas generadas y se describieron los resultados, los cuales serán contrastados con la información descrita en el marco teórico.

Consideraciones éticas:

Se hizo una carta de solicitud manifestando las intenciones del trabajo y en que consiste, para tener acceso a los expedientes clínicos. La información obtenida de los expedientes clínicos se mantuvo con alto grado de confidencialidad. Se omitieron nombres de las pacientes para que no sean identificadas. La investigación es considerada de bajo riesgo para estudio en humanos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES		
Variable dependiente:		
Tipo de parto: cesárea		
Variable Independiente:		
Factores biosociales maternos:		
Edad materna.		
Ocupación.		
Procedencia.		
Nivel socio económico.		
Tabaquismo.		
Alcohol.		
Drogas.		
Número de gestaciones.		
Partos previos		
Abortos		
Número de cesáreas previas.		
Peso		
Talla		
Índice de masa corporal		
Número de visitas a control prenatal.		
Complicaciones durante el embarazo actual y/o embarazos previos.		
• Hemorrágica	Anestésica	Otras
Indicaciones de cesárea		
• Absoluta		
• Relativa		
Datos del recién nacido		
APGAR		

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONA L	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
EDAD.	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	cuantitativa	Edad en Años años	
PESO	Conjunto de sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo.	Cantidad de peso obtenido al finalizar el embarazo actual.	cuantitativa	Kilogramos	35- 45 kg, 46- 50 kg, 51 o más kg.
TALLA.	Estatura de una persona	Cantidad de centímetros obtenidos desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista	cuantitativa	Cm	.40 – 1.50 1.51 1.60 1.61 1.70 cm.

Í M C	En nutriología está vinculada a la cantidad de materia presente en un cuerpo humano. Se tomara en asocia el peso y cuenta los la talla de la referentes del persona para expediente descubrir si clínico. dicha relación es saludable.	Calculo del IMC en relación a peso y talla de la paciente, se se tomara en los referentes del expediente clínico.	Calculo cuantitativa	Calculo	18 o menos, 18,5 -24,9, 25 - 29,9, 30 - 34,9, 35 - 39,9, 40 o más
OCUPACIÓN.	Acción y efecto de ocuparse se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.	Actividad a la que se ocupa durante su estado de embarazo actual.	Actividad a la cuantitativa	Categorías	profesionistas, técnicos, trabajadores de la educación, funcionarios y directivos sector publico, trabajadores en actividades agrícolas, operadora de maquila, ama de casa, otras.
PROCEDENCIA.	Señala el diccionario que el origen donde alguien ha nacido o de donde algo proviene.	De donde procede el sujeto al momento de la entrevista.	Cuantitativa	Categoría	Indicadores de la medición. 0= Rural, 1= Urbana.

Nivel Económico.	<p>Es la Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o grupo y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo etc.</p>	<p>Condición socio económica individual o familiar al momento de la entrevista.</p>	<p>Cuantitativa continua.</p>	<p>Categoría</p>	<p>0= Nivel bajo, 1= Nivel medio, 2= nivel alto.</p>
Embarazos.	<p>Se define como la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la</p>	<p>Cantidad de embarazos que ha tenido la paciente, contando el actual embarazo.</p>	<p>Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo.</p>	<p>Números.</p>	<p>0= Uno, 1= Dos, 2= Tres, 3= Cuatro o más.</p>

implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal finalizando con el nacimiento luego de un periodo correspondiente a 280 días o 40 semanas.

PARTOS.	Es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno.	Cantidad de embarazos al momento de la entrevista.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo.	Cantidad.	0= Uno, 1= Dos, 2= Tres, 3= Cuatro o más.
CESÁREAS.	Es el parto de un bebe a través de una abertura quirúrgica en el área ventral baja de la madre.	Cantidad de Cesáreas realizadas en todos sus embarazos, contando la actual cesárea.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo.	Cantidad.	0= Una, 1= Dos, 2= Tres.

Semana de Gestación momento del parto.	Edad de un embrión, feto o recién nacido desde el primer día de la ultima menstruación.	Semanas de gestación del bebe al momento del nacimiento.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo.	Semanas. 0= 36-38 semanas, 1= 39-40 semanas, 2= 41 o más.
Indicadores de la medición.	Permite hacer una relación entre las semanas de gestación y el crecimiento y desarrollo fetal, ya que al correlacionar las semanas de gestación con otra variable se convierte en un indicador para valorar bienestar fetal.			
Causa de la Cesárea.	Etiología por la cual realizaron la operación cesárea.	Causas diagnosticadas por las cuales realizaron el procedimiento en el embarazo actual.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor.	categorías 0= Maternas, 1= Ovulares, 2= Fetales, 3= No médicas, 4= otras

Presencia de enfermedad durante el embarazo actual.	Es el proceso o status causado por una afección en un ser vivo, que altera su estado ontológico de salud. Este puede ser provocado por distintos factores, ya sean intrínsecos o extrínsecos al organismo enfermo.	Enfermedad o factor debidamente diagnosticado al momento de la atención.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo.	Categorías	0= Ninguna, 1= Infección Ovular, 2= Enfermedad crónica materna, 3= Infección materna, 4= otras.
CONTROLES PRENATALES.	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas	Cantidad de visitas prenatales antes del parto.	Se evaluará como una variable cuantitativa continua a través de su valor crudo (cantidad totales).	Cantidad.	0= Ninguno, 1= Uno a dos controles, 2= tres a cuatro controles, 3= cinco a mas.

condiciones sin
secuelas físicas
o psíquicas para
la madre, el
recién nacido o
la familia.

APGAR :	Examen físico	Criterios para	Cuantitativa	Cantidad	0= <4 pts.(leve)
	clínico que	valorar estado			1= 4-7
	valora la	general del			pts.(moderada)
	condición física	recién nacido.			2= 8-9
	del bebe				pts.(severa)
	mediante				
	parámetros.				

RESULTADOS Y ANALISIS

Resultados

En el período de estudio se incluyeron 266 a las cuales se les realizó cesárea. Los valores promedio de las variables demográficas y obstétricas fueron: Edad en promedio fue de 26 años, oscilo la mayor parte entre 20- 35 años, luego pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años.

En relación a la ocupación de las pacientes estudiadas, el 75% fueron amas de casa, el 2.2% son profesionales, un 6,5% eran comerciantes y el 16,3% eran estudiantes.

La mayoría de las pacientes son de la zona urbana- Matagalpa (33), segundo lugar Darío (10), seguido Waslala, Sébaco.

En un 45.7 % las pacientes eran primigestas, en un 21.7 % Bigesta, en un 17.4 % Trigesta y en un 15.2 % Multigesta.

En cuanto a las medidas antropométricas en nuestro estudio no es valorable, debido a que los expedientes clínicos en su mayoría no presentaban la información.

La mayoría de las pacientes no tienen antecedente de cesárea anterior en un 72.8 %, seguido de 22.8 % que tenían de antecedente una cesárea anterior.

En un 64.1 % eran embarazos con la edad gestacional de 37 y 40 semanas de gestación.

La mayoría de las pacientes estudiadas 91.3 %, asistieron a su control prenatal en número considerable de veces, solo un 4.3 % no asistió a ningún control prenatal.

Según las fichas recolectadas con la información de los expedientes clínicos arrojaron la siguiente información: 92.4 % de las pacientes estudiadas no presentaban comorbilidades asociadas, sólo un 3.3 % antecedentes de Diabetes, un 2.2 % pre eclampsia y 1.1 % eclampsia.

La mayoría de las pacientes estudiadas 78.3 % no presentaron ningún antecedente patológico personal asociado, 19.6 % cirugías anteriores.

Un 93.5 % de las pacientes estudiadas, según expedientes clínicos presentaron criterios relativos para que se les realizara tal procedimiento quirúrgico y sólo un 6.5 % presentaron indicación absoluta.

En cuanto a las indicaciones 27.2 % fue por RPBF, seguido de 21.7 % por cesárea anterior luego 10.9 % de las pacientes por presentación pélvico y 8.7 % por Oligoamnios, destacándose como las 4 indicaciones más frecuentes reflejados en los expedientes clínicos.

En base a los resultados 47 % de las pacientes estudiadas fueron tratadas con anestesia subdural, seguido de 41 % por anestesia epidural y sólo un 12 % anestesia general.

En cuanto a las complicaciones según los expedientes clínicos 91.3 % no presentaron ninguna complicación, y sólo un 6.5 presentaron complicaciones de tipo hemorrágicas.

En relación al sexo de los productos de las pacientes estudiadas el 53.3 % fueron de sexo masculino y un 46.7 % femenino.

De las complicaciones neonatales 94.6 % no presentó complicación alguna, y sólo 2.2 % presentó asfixia severa.

Análisis

Según la evidencia científica se asocia el uso de las cesáreas con las edades de alto riesgo, es decir pacientes menores de 20 años y pacientes mayores de 35- 40 años, en el estudio la edad oscila entre 20- 35 años en un 63 %, lo que no se asemeja a la mayoría de los estudios y literatura revisada en libros de referencia.

Según Olmeda en estudios realizados demuestra que el mayor índice de cesáreas está en las mujeres con una profesión, sin embargo en este estudio la mayoría de las mujeres con cesárea eran amas de casa.

En cuanto a las medidas antropométricas aunque en el estudio no es valorable por lo antes descrito, los estudios reflejan que a mayor índice de masa corporal es mayor la incidencia de cesárea y mayor las complicaciones.

En cuanto a las indicaciones en un 72.8 % las pacientes estudiadas no presentaban antecedente de cesárea anterior, sólo en un 22.8 % presentaban el antecedente, según la revista del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Virgen de las Nieves- Granada- España, refieren que para conseguir disminuir la tasa de cesáreas también depende del aumento de los partos por vía vaginal de las gestantes con antecedente de cesárea previa. Múltiples estudios han demostrado que el parto vaginal tras cesárea previa es un proceso seguro y recomendable, siguiendo determinadas pautas y recomendaciones y teniendo en cuenta factores como la indicación de la cesárea anterior, la técnica usada, si hubo complicaciones, intervalo entre gestaciones, etc., además, claro está, de los factores de la gestación actual.

En el estudio como principal causa refleja 27.2 % por RPBF, 21.7 % cesárea anterior, 10.9 % presentación pélvica y 8.7 % Oligoamnios, este resultado es similar a estudios realizados en el 2011 en España que sugieren: Distocia 41% (no progresión del parto, fracaso de inducción, no descenso de la presentación,

desproporción cefalo-pélvica, etc.), Presentación podálica 15%, RPBF 28%, Cesárea o cirugía uterina de otro tipo anterior 16%.

En cuanto al tipo de anestesia más usado, el CIE 10, revela que la epidural es la más usada y con mejores resultados, en el presente estudio la más usada fue subdural en un 46.7 %, epidural en 41.3 % y en menor medida anestesia general 12%, por lo que los resultados son similares.

Según Medigraphic un estudio realizado en el 2008, sobre la relación morbimortalidad y uso de cesárea, reporta en cuanto a las complicaciones maternas, la de mayor incidencia es secundaria a hemorragia, y aunque en nuestra investigación en cuanto a complicaciones la información es pobre, se asemeja a este estudio en cuanto a que las complicaciones que presentaron las pacientes estudiadas fue secundaria a hemorragia.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se concluye:

- 1- La mayoría de las pacientes se cumplen los criterios de indicación para la realización del procedimiento quirúrgico y correlacionado a nivel mundial, las causas por las cuales se decide la intervención es similar con estudios realizados en otros países latinoamericanos como Chile, México, entre otros. Sin embargo no se especifica de forma objetiva la razón que fundamenta la cesárea.
- 2- Las principales causas reflejadas en los resultados de esta Investigación se encuentran: RPBF (Riesgo de pérdida de bienestar fetal), cesárea anterior, presentación pélvica y Oligoamnios.
- 3- La correlación en cuanto a la morbilidad materna refleja que el porcentaje de complicaciones neonatales no se relaciona a las morbilidades de las pacientes en estudio.

RECOMENDACIONES

A nivel del Sistema de Salud:

- 1) Concientizar al personal correspondiente, sobre las complicaciones que conllevan las pacientes abordadas por cesárea.
- 2) Supervisar y evaluar el cumplimiento de los criterios e indicaciones que fundamenten el procedimiento quirúrgico.
- 3) Mejorar la calidad de atención prenatal para la detección y prevención precoz de los factores potencialmente modificables que puedan aparecer a lo largo del embarazo y que conlleven a cesárea.
- 4) Promover el parto Fisiológico humanizado.
- 5) Disminuir la realización de cesárea por cesárea anterior.

A nivel del ámbito social y Familiar:

- 1- Informar de forma responsable los riesgos beneficios sobre este procedimiento quirúrgico.
- 2- Educar de forma oportuna a la población que corresponde en cuanto a prevención sobre los factores potenciales que propician la finalización el embarazo en cesárea.
- 3- Motivar a las embarazadas asistir de forma periódica y responsable a las consultas prenatales para un buen seguimiento.
- 4- Promover e informar sobre los beneficios tanto maternos como neonatales del parto fisiológico.

BIBLIOGRAFIA

Protocolo para la atención de la cesárea
CIE 10 (082) 2013.

Cordero Rizo, M.Z (2012) (tesis inmediata de doctorado) actores biosociales maternos y relativos a la organización de los servicios de salud asociados a la realización de cesareas en los hospitales públicos e institutos de seguridad social de Nicaragua. Universidad de Guadalajara México.

<http://www.todobebe.com/cuidado-con-las-cesareas-innecesarias-72/>

<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/297446-56-de-nacimientos-son-cesarea>

Aller J, et al. (2010) Cesárea histerectomía obstétrica Obstetricia moderna.

MINSA- NICARAGUA (2013) Normativa y protocolo / Atención prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo 011.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA



UNAN-MANAGUA FAREN MATAGALPA



Fichas de recolección de datos del Expediente Clínico.

Madre		
Fecha:	Hora:	Gesta:
Edad:		Para:
Procedencia:		Aborto:
Semanas de gestación:		Peso:
Tipo de egreso:		
Alteraciones prenatales:		
Antecedentes patológicos personales:		
Antecedentes no patológicos:		
Indicación para cesárea:		
Neonato		
APGAR: 1' ____ 5' ____		
Indicación de cesárea:		
Indicación absoluta		
Complicaciones maternas:		
<ul style="list-style-type: none">• Hemorrágicas• Anestésicas• Otras		

Anexo No 2- TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA

Edad de las pacientes estudiadas					
Edad		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
	15	3	3,3	3,3	3,3
	16	5	5,4	5,4	8,7
	17	1	1,1	1,1	9,8
	18	4	4,3	4,3	14,1
	19	3	3,3	3,3	17,4
	20	3	3,3	3,3	20,7
	21	6	6,5	6,5	27,2
	22	12	13,0	13,0	40,2
	23	5	5,4	5,4	45,7
	24	4	4,3	4,3	50,0
	25	2	2,2	2,2	52,2
	26	6	6,5	6,5	58,7
	27	3	3,3	3,3	62,0
	28	4	4,3	4,3	66,3
	29	2	2,2	2,2	68,5
	31	4	4,3	4,3	72,8
	32	7	7,6	7,6	80,4
	33	2	2,2	2,2	82,6
	34	3	3,3	3,3	85,9
	35	4	4,3	4,3	90,2
	36	2	2,2	2,2	92,4
	37	2	2,2	2,2	94,6
	38	1	1,1	1,1	95,7
	39	1	1,1	1,1	96,7
	40	1	1,1	1,1	97,8
	41	2	2,2	2,2	100,0
Total		92	100,0	100,0	

Fuente: Ficha del expediente clínico.

CUADRO # 2 SEMANAS DE GESTACIÓN DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

		Frecuencia	Porcentaje
SEMANAS DE GESTACION	< 36SG	6	6.5
	37- 40 SG	59	64.1
	> 40 SG	27	29.3
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico

CUADRO #3 CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES

		Frecuencia	Porcentaje
CPN	Cero	4	4.3
	1-4	84	91.3
	>4	4	4.3
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

CUADRO # 4 COMORBILIDADES ASOCIADAS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

		Frecuencia	Porcentaje
COMORBILIDADES	Ninguna	85	92.4
	Hipertensión	1	1.1
	Diabetes	3	3.3
	Pre eclampsia	2	2.2
	Eclampsia	1	1.1
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico

CUADRO # 5 ANTECEDENTES PATOLÓGICAS PERSONALES

		Frecuencia	Porcentaje
APP	Ninguna	72	78.3
	Cirugías anteriores	18	19.6
	Asma	1	1.1
	Diabetes	1	1.1
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico

CUADRO # 6 INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

INDICACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
	Absoluta	6	6.5
	Relativa	86	93.5
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

CUADRO #7 COMPLICACIONES PRESENTARON LAS PACIENTES ESTUDIADAS

		Frecuencia	Porcentaje
	Anestésicas	1	1.1
	Quirúrgicas	1	1.1
	Hemorragicas posparto	6	6.5
	Ninguna	84	91.3
	Total	92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

CUADRO # 8 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

		Frecuencia	Porcentaje
COMPLICACIONES	Sangrado	2	2.2
	anemia	3	3.3
	Total	5	5.4
Ninguna		87	94.6
Total		92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico

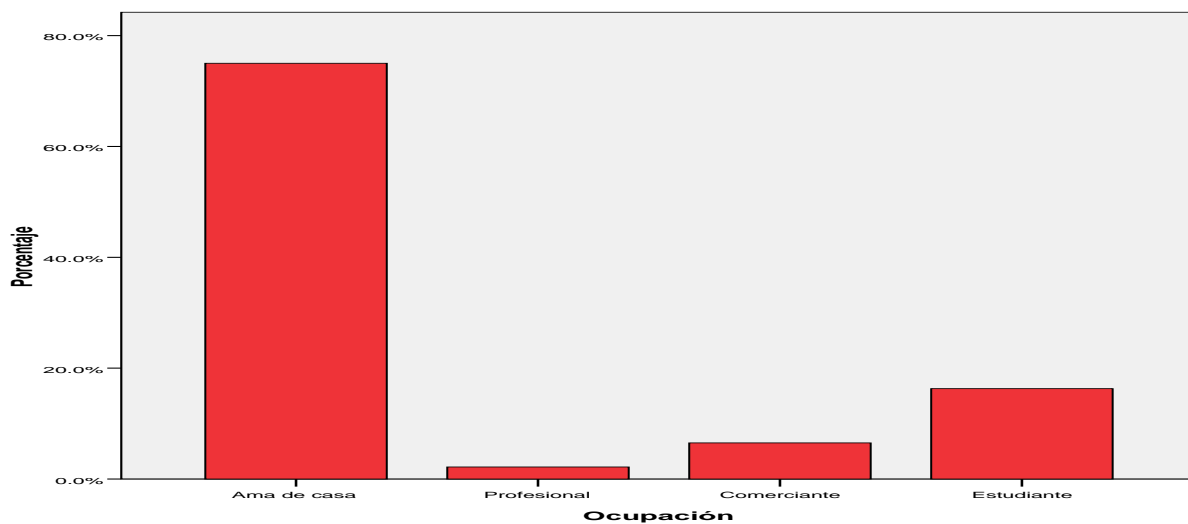
CUADRO # 9 COMPLICACIONES NEONATALES

		Frecuencia	Porcentaje
	Asfixia leve recuperada	1	1.1
	Asfixia severa	2	2.2
	Dificultad respiratoria leve	1	1.1
	Muerte	1	1.1
	NINGUNA	87	94.6
Total		92	100.0

Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

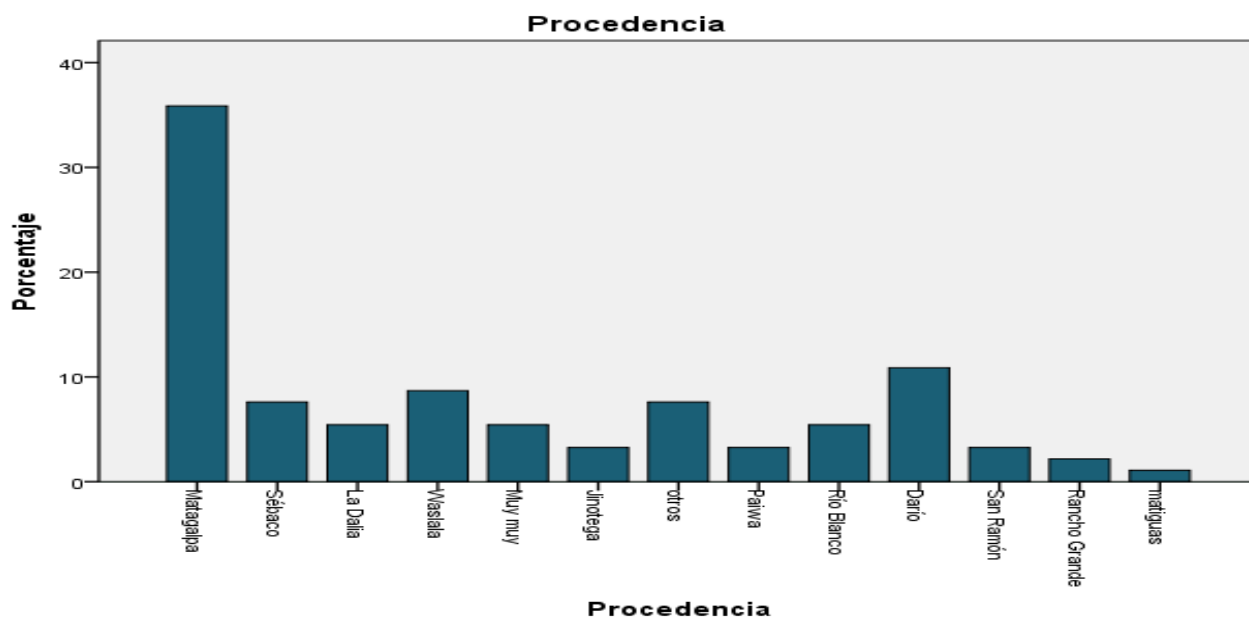
Anexo No 3- GRAFICOS

GRAFICO #1 OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS



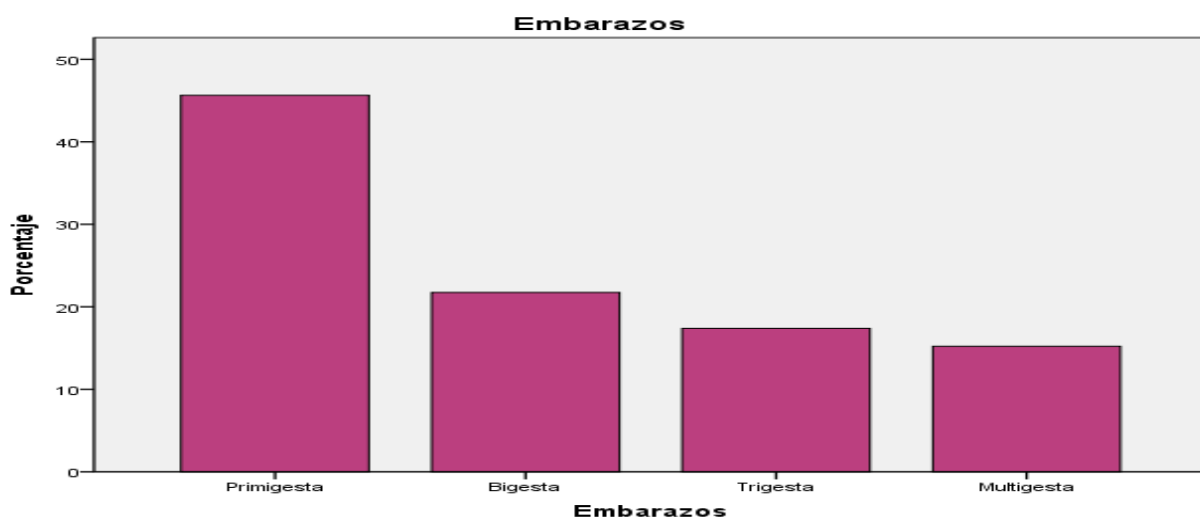
Fuente: Ficha del expediente clínico.

GRAFICO #2 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS



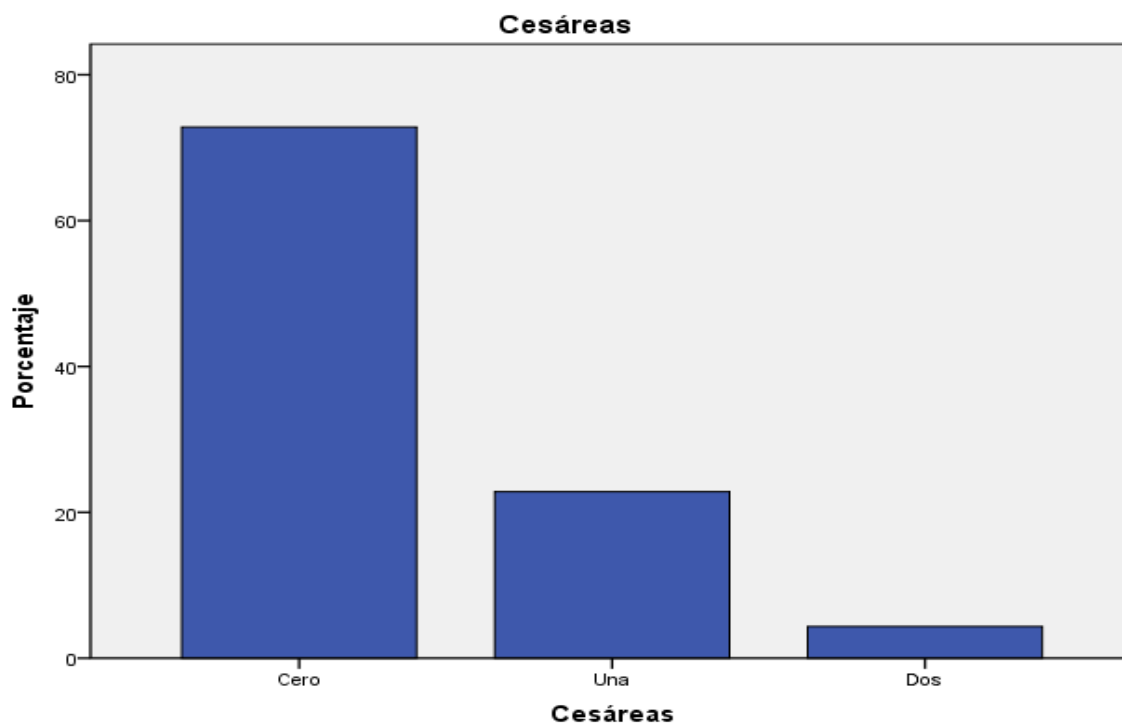
Fuente: Ficha del Expediente Clínico

GRAFICO # 3 NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.



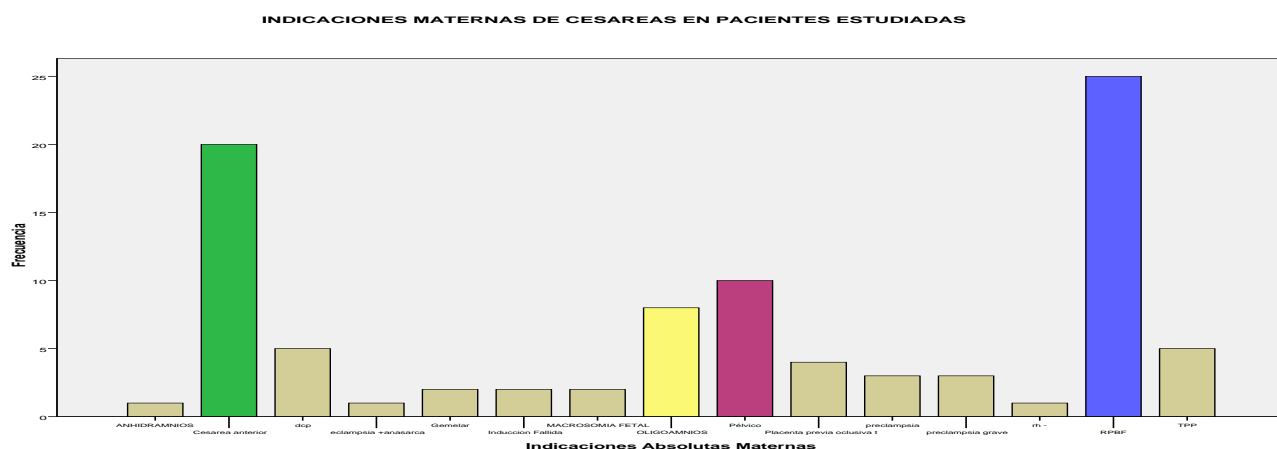
Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

GRAFICO # 4 ANTECEDENTE DE CESAREA EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



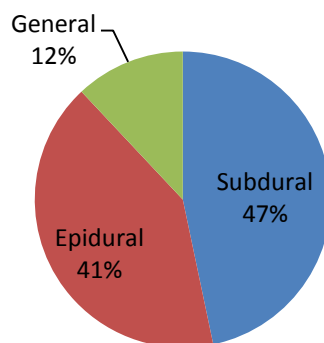
Fuente: Ficha del Expediente Clínico

GRAFICO # 5 INDICACIONES MATERNAS DE CESÀREAS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



Fuente: Ficha del Expediente Clínico.

GRAFICO # 6 TIPO DE ANESTESIA QUE SE UTILIZO



Fuente: Ficha del Expediente Clínico

